

## Angaben bei Neueinstellung für

### Angestellte

(gültig ab Juni 2009)

(auch unter [www.groll-gross-steiner.de](http://www.groll-gross-steiner.de) als pdf-Download)

### Angaben zur Person

Name	Vorname	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Geburtsdatum	Verheiratet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Sozialversicherungsausweis Nr. <b>(Kopie bitte beifügen)</b>		
falls Sozialversicherungsnummer unbekannt, bitte angeben:		
Geburtsname	Geburtsort	

<input type="checkbox"/> Staatsangehörigkeit deutsch	Europäische Union (Staat)
Andere Staatsangehörigkeit	<b>(Kopie Aufenthaltserlaubnis und Arbeitserlaubnis bitte beifügen)</b>

### Bankverbindung für Gehaltszahlung

Bank	Bankleitzahl	Kontonummer
------	--------------	-------------

### Angaben zur Tätigkeit

Beginn der Beschäftigung	Art der Beschäftigung/Tätigkeit
Bruttoverdienst (monatlich)	Stundenanzahl (pro Woche)

### Ausbildung

### Berufsausbildung

<input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule, mittlere Reife	<input type="checkbox"/> mit
<input type="checkbox"/> Abitur	<input type="checkbox"/> ohne
<input type="checkbox"/> Fachschule/Fachhochschule	
<input type="checkbox"/> Universitätsabschluß	

Identifikationsnummer										
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Lohnsteuerkarte (Original bitte beifügen)

Steuerklasse	Anzahl der Kinderfreibeträge	Religion/Konfession
--------------	------------------------------	---------------------

Haben oder hatten Sie Kinder?

nein    ja (Bitte Nachweise hereingeben z. B. Kopie Geburtsurkunde, Kopie Auszug aus Familienbuch etc.)

Vorbekäftigungszeiten: Haben Sie dieses Jahr bereits auf Lohnsteuerkarte gearbeitet?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Zeitraum von ____.____.____	Zeitraum bis ____.____.____
	Art der Beschäftigung	
	Zeitraum von ____.____.____	Zeitraum bis ____.____.____
	Art der Beschäftigung	

Angaben zur Krankenkasse:	
<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse z. B. AOK, Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen: <b>Bitte reichen Sie eine <u>aktuelle</u> Mitgliedsbescheinigung ein.</b>	Bezeichnung der Krankenkasse
<b>oder</b> <input type="checkbox"/> privat versichert (bitte Kopie der Versicherung beifügen)	letzte Krankenkasse für Einzug RV/AV-Beiträge

Erklärung der Angestellten – vom Arbeitnehmer auszufüllen –	
Während dieser Beschäftigungszeit besteht ein weiteres <u>Haupt</u> beschäftigungsverhältnis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Während dieser Beschäftigungszeit besteht ein <u>Neben</u> beschäftigungsverhältnis (Geringfügige Beschäftigung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
bei Firma, Anschrift	
seit ____.____.____	regelmäßig <input type="checkbox"/> tägliches <input type="checkbox"/> wöchentl. <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/>
	Arbeitsentgelt €
	regelmäßig wöchentliche Arbeitsstunden

**Sie sind verpflichtet, jede Änderung oder Aufnahme einer weiteren Beschäftigung unaufgefordert und unverzüglich zu melden.**

Ort, Datum	Unterschrift des Arbeitgebers	(Stempel)
	Unterschrift des Arbeitnehmers	

**Bitte beachten!**  
**Ohne die notwendigen Angaben und Lohnunterlagen kann keine Lohnabrechnung erstellt werden.**

## Zusatzangaben zur Neueinstellung

### Fahrtkostenersatz vom Arbeitgeber

nein     ja

<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel (z. B. MVG/DB) <b>Fahrkarte stets dem Arbeitgeber vorlegen</b>	<b><u>oder</u></b>	<input type="checkbox"/> privater Pkw
<input type="checkbox"/> _____ € (monatlich)		<input type="checkbox"/> _____ km <b>einfache</b> Entfernung Wohnung – Arbeitsstätte

### Vermögenswirksame Leistungen

nein     ja **Bitte VWL-Vertrag beifügen – ohne Vertragskopie kann keine Abrechnung erfolgen!**

Höhe monatlich € \_\_\_\_\_

AG-Anteil davon monatlich € \_\_\_\_\_

### Betriebliche Altersvorsorge

nein     ja **Bitte Vertrag beifügen – ohne Vertragskopie kann keine Abrechnung erfolgen!**

<input type="checkbox"/> Altvertrag – abgeschlossen bis 12/2004	<b><u>oder</u></b>	<input type="checkbox"/> Neuvertrag – abgeschlossen ab 01/2005
--	--------------------	---

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitgebers

(Stempel)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitnehmers